

Desafios da Regulação Assistencial na Organização do Sistema Único de Saúde

Challenges for Managed Care Regulations in the Organization of the Brazilian Healthcare System

RONALD PEREIRA CAVALCANTI¹
DANILSON FERREIRA DA CRUZ¹
WILTON WILNEY NASCIMENTO PADILHA²

RESUMO

Introdução: a regulação assistencial é um local de observação e ordenamento da rede de serviços e de gerenciamento do fluxo do usuário. Os constantes incrementos de novos procedimentos especializados devido às evoluções em ciência e tecnologias, e ao mercado de serviços em saúde requerem um planejamento dinâmico e uma gestão focada em melhorias de eficiência e eficácia. A identificação de problemas comuns às regulações pode colaborar para a prática dos gestores desta atividade. **Objetivo:** descrever os principais desafios enfrentados pela regulação assistencial. **Materiais e Métodos:** trata-se de um estudo de revisão integrativa da literatura com consulta a base SciELO scielo. Utilizou-se os assuntos “regulação de redes e sistemas de saúde”, “regulação de serviços de saúde” e “regulação em saúde” sem definição de filtros, e com a opção AND entre as palavras dos assuntos. Após leitura dos títulos fez-se um segundo filtro com leitura de resumos. **Resultados:** foram categorizados os seguintes desafios: 1. limitada oferta de consultas e exames na rede assistencial. 2. precariedade da referência e contrarreferência. 3. dificuldades na organização das atividades de regulação. 4. baixa utilização / inexistência de protocolos para encaminhamentos. 5. precariedade de sistemas de informação e comunicação. 6. significativa influência política na gestão das unidades de saúde. 7. desorganização da rede de serviços. **Conclusão:** os desafios elencados sintetizam uma agenda estratégica de gestão, podendo auxiliar os gestores na tomada de decisão, no monitoramento e avaliação.

DESCRIPTORIOS

Regulação. Continuidade da Assistência ao Paciente. Integralidade em Saúde.

ABSTRACT

Introduction: Managed care regulation is a strategy for observation and ordering of the service network and user flow management. The steady increase in new specialized procedures due to developments in science and technology and the health services market, require dynamic planning and management focused on efficiency and effectiveness improvements. The identification of problems common to regulations can contribute to the practice of managers involved with this activity. **Objective:** to describe the main challenges faced by health care regulation. **Material and Methods:** This was an integrative review of the literature based on searches in SciELO databases. The topics “regulation of health systems and networks”, “regulation of health services” and “regulation of health” without definition of filters, and with the option “AND” between the words of the subjects, were used. After reading the titles, a second screening was performed by reading the abstracts. **Results:** The following challenges were categorized: 1. limited offer of appointments and examinations in the care network. 2. Precariousness of reference and counter-reference. 3. difficulties in the organization of regulatory activities. 4. low usage / lack of protocols for referrals. 5. precariousness of information and communication systems. 6. significant political influence in the management of facilities. 7. disorganization of the service network. **Conclusion:** The challenges listed synthesize a strategic management agenda, which can assist managers in decision-making, monitoring and evaluation.

DESCRIPTORS

Regulation. Continuity of Patient Care. Integrity in Health.

1 Professor do Núcleo de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Pernambuco, Vitória de Santo Antão. Pernambuco. Brasil.
2 Professor do Departamento de Odontologia Clínica e Social da Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa. Paraíba. Brasil.

Durante a primeira década de criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1990 até o ano de 2004, aproximadamente, ocorreu um intenso processo de descentralização de serviços de saúde, saindo da União para implantação nos estados e municípios. Tratava-se de um momento de efetivação de políticas públicas oriundas da nova Constituição de 1988.

Entretanto, a municipalização produziu isolamento e fragmentação dos serviços, precarizou as políticas de pessoal e produziu inadequação das estratégias de gestão. Em parte, isto ocorreu porque o município se via sozinho para organizar um sistema que ele mesmo nem sempre conhecia, em especial sua forma organizativa constitucional. Acresce-se ainda as dificuldades decorrentes da diluição das responsabilidades do Estado e da União, os quais deveriam estar atentos para a adequação e organização das regiões de saúde. Esse padrão de simplificação, de estratégia da precariedade, estendeu-se também para a infraestrutura, os equipamentos e o modelo de atenção e de cuidado¹.

Diante deste cenário de fragmentação do sistema de saúde, com a fragilidade do sistema local e quase ausência de sistemas regionais, a regulação do sistema de saúde assume importante papel com potencial de produzir ganhos de eficiência e integralidade do cuidado.

Na literatura *regulação* é um termo polissêmico. Para o propósito deste trabalho será adotado o seguinte conceito:

(...) é uma função da gestão, a qual contempla uma atuação sobre os sistemas de saúde, sobre a produção direta de ações de saúde nos diversos níveis de complexidade (básica, média e alta) ambulatorial/hospitalar e sobre o acesso dos usuários a assistência nestes níveis ².

E em complemento², acresce que ...
a regulação assistencial é concebida como mecanismo de acessibilidade

organizacional e expressa o intento (e as atividades) [grifo nosso] de uma gestão em estabelecer um canal de comunicação e de conciliação entre as unidades assistenciais para promover o acesso dos usuários aos serviços de saúde

No Brasil, a regulação tem sido discutida devido principalmente à dificuldade de acesso aos serviços. Do ponto de vista institucional, o debate mais aprofundado em relação ao conceito, práticas e finalidades da regulação, controle, avaliação e auditoria em saúde iniciou-se a partir de 2001-2002 com as Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS) 01/2001 e 01/2002³.

Foi a partir da NOAS que se institucionalizou a seguinte classificação de regulação ainda hoje vigente.

Este novo papel da gestão do sistema de saúde visou estimular a incorporação de uma cultura avaliativa e do foco da qualidade no âmbito dos sistemas e dos serviços².

Na atual Política Nacional de Regulação do SUS⁴ esta classificação está assim conceituada:

I - Regulação de Sistemas de Saúde: tem como objeto os sistemas municipais, estaduais e nacional de saúde, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, definindo a partir dos princípios e diretrizes do SUS macrodiretrizes para a Regulação da Atenção à Saúde e executando ações de monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância desses sistemas;

II - Regulação da Atenção à Saúde: exercida pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, conforme pactuação estabelecida no Termo de Compromisso de Gestão do Pacto pela Saúde. Tem como objetivo garantir a adequada prestação de serviços à população e seu objeto é a produção das ações diretas e finais de atenção à saúde, estando, portanto, dirigida aos prestadores públicos e privados. Os sujeitos são seus respectivos gestores públicos, definindo estratégias e

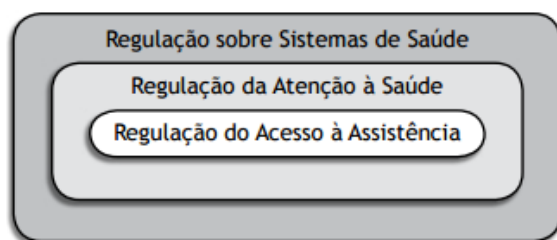


Figura 1. Classificação da regulação em saúde no Brasil. **Fonte:** OPAS, 2006.

macrodiretrizes para a regulação do acesso à assistência (também denominada de Regulação Assistencial) e controle da oferta de serviços executando ações de monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância da atenção e da assistência à saúde no âmbito do SUS; e

III - Regulação do Acesso à Assistência: também denominada regulação do acesso ou regulação assistencial, tem como objetos a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, sendo estabelecida pelo complexo regulador e suas unidades operacionais. Esta dimensão abrange a regulação médica, exercendo autoridade sanitária para a garantia do acesso baseada em protocolos, classificação de risco e demais critérios de priorização.

Mesmo assim, a NOAS 2002 apresentava uma concepção limitada de resolubilidade de rede, dirigida apenas à média e à alta complexidade, não incluindo, portanto, a Atenção Básica (AB) como componente central do processo. A AB estava desarticulada das ações de controle, o que tem contribuído para a manutenção da baixa eficácia.

Com o Pacto pela Saúde (2006) ampliou-se este conceito que passou a considerar a AB como elemento da regulação da atenção, articulando-se com as atividades de contratação, controle, avaliação e auditoria assistencial no âmbito dos prestadores públicos e privados⁵.

Embora a regulação assistencial apresente escassez de mecanismos que assegurem uma efetiva conexão entre a oferta de serviços e a demanda, o que tem contribuído para a manutenção da baixa eficácia do sistema brasileiro de saúde⁵, avanços normativos tem ocorrido na política setorial com a publicação da Política Nacional de Regulação – PNR do SUS⁴ e da Política Nacional de Atenção Básica - PNAB⁶. Sendo que esta última deu novos significados às redes e à regionalização, estabelecendo novos instrumentos para a sua efetivação, o que interfere diretamente na regulação.

Na PNR destaca-se a estruturação da regulação do acesso, que deve conter um sistema de informação do fluxo, o que possibilita o incremento de informações em modelos de decisão para a conformação de redes regionais de saúde, facilitando ganhos de economia de escala e a integralidade do cuidado.

Outro elemento normativo que colaborou para

a organização das atividades foi a publicação do documento “Critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS”⁷, o que possibilitou monitorar ações de regulação em saúde baseados em indicadores de efetividade. Esses critérios sugerem parâmetros que se baseiam em dados de produção do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA), Sistema de Informações Hospitalares (SIH) e epidemiológicos de pesquisas de campo.

Porém, para avançar no princípio da integralidade e da equidade, há necessidade de arranjos que articulem a regulação com a efetiva produção da rede de cuidados. Isto é, dispositivos que atuem na articulação e coordenação da rede que está em constante movimento e transformação, devendo ser considerados não apenas os valores quantitativos, mas também os qualitativos e subjetivos, como os interesses dos atores envolvidos³.

Na Espanha, buscando de maior transparência nas atividades de regulação assistencial, a publicação da Lei 16/2003, de Coesão e Qualidade do Sistema Nacional de Saúde (SNS) definiu um catálogo de ofertas comuns de serviços e a fixação de tempos máximos nas filas de espera para consultas e exames. Além disso o sistema de saúde espanhol assumiu o compromisso de dar publicidade individual da fila de espera na internet, embora essa publicidade não tenha ocorrido de fato em todo o país e a agenda dos especialistas estejam ocultas e sob controle dos hospitais⁸. Após a crise econômica de 2009 e sobretudo a partir de 2012, sob governo de direita, iniciativas têm sido tomadas para privatização de parte do sistema e instituição de copagamentos⁹.

No Brasil não há lei semelhante à espanhola com definição de tempo máximo de fila de espera aceitável e da publicidade da agenda de trabalho dos especialistas; além disso, pouca importância é dada à AB no planejamento da regulação assistencial. Evidencia-se a necessidade de políticas e investimentos para valorização dos trabalhadores e do cuidado prestado, promovendo maior contato pessoal e de relações diretas entre profissionais, com vistas à criação de uma cultura de colaboração. Essas iniciativas são consideradas mais exitosas para a integração entre AB e atenção especializada^{10,11}.

Outro aspecto do contexto da regulação assistencial é a participação do nível estratégico da secretaria de saúde (majoritariamente político) na tomada de decisões. Quando envolve-se

decisões políticas como mudanças ou manutenção de modelos de contratualização, acompanhamento, fiscalização e prestação de contas, é atribuída ao secretário de saúde e seu grupo de assessoramento direto, ficando relegada à gestão da regulação as decisões e encaminhamentos predominantemente técnicos⁵.

Apesar das dificuldades na integração entre AB e atenção especializada, a implantação de centrais informatizadas de regulação e marcação de procedimentos especializados (SISREG) nas unidades de saúde da família tem sido uma iniciativa positiva. Mesmo que em fases distintas de implantação entre os casos, os sistemas informatizados vêm permitindo aos gestores conhecer o tamanho real das filas de espera, monitorá-las, definir prioridades clínicas, conhecer o índice de absenteísmo de consultas e exames, além de garantir maior imparcialidade e transparência no controle das agendas¹⁰.

As centrais produzem dados que podem ser discutidos com as equipes de saúde da família, que por sua vez, têm atuação que impactam na gestão do absenteísmo de consultas especializadas¹¹.

O absenteísmo de consultas especializadas é um problema relevante e que acarreta aumento da fila de espera e de custos, sendo um fenômeno multicausal, onde as relações de causa e efeito perpassam todos os atores envolvidos: trabalhador, gestão e usuário¹¹.

O presente artigo tem como objetivo sintetizar e descrever os problemas enfrentados pela regulação assistencial, de modo a colaborar com estudos empíricos sobre o assunto.

MATERIAL E MÉTODO

Trata-se de um estudo de revisão integrativa da literatura. De acordo com o objetivo do estudo buscou-se na base de dados *SciELO* os assuntos “Regulação de redes e sistemas de saúde”, “regulação de serviços de saúde” e “Regulação em saúde” sem definição de filtros, e com a opção AND entre as palavras dos assuntos.

A coleta de dados ocorreu no mês de novembro de 2016 e todos os documentos foram obtidos, na íntegra, via rede mundial de computadores.

Para excluir aqueles trabalhos que estavam em desacordo com o objetivo, foi procedido em um primeiro momento a leitura dos títulos e resumos, e num segundo, a leitura integral dos artigos.

Na sistematização foi criado um quadro no qual se definiu o escopo de desafios para a regulação assistencial.

A análise dos resultados foi descritiva. Para tanto, os desafios foram classificados em diretos e indiretos:

- diretos: possibilita a definição e acompanhamento por parte da regulação assistencial de indicadores de utilização dos serviços ofertados, demanda reprimida e agendamentos de consultas e exames cancelados. Perfil predominantemente técnico.

- indiretos: possibilita a definição e acompanhamento por parte da regulação assistencial de política de ordenação de rede assistencial para garantir a integralidade e a equidade. Perfil predominantemente político.

Na interpretação dos resultados buscou-se elucidar as inconformidades entre os achados e a normativa atual da regulação dos sistemas, da atenção e da assistência à saúde^{2,4,6,7}.

RESULTADOS

Foram encontrados 1.117 artigos de acordo com os assuntos selecionados. Excluídos os estudos clínicos, a maior parte da literatura coletada referiu-se ao mercado da saúde ou saúde suplementar, sendo escassos os estudos relativos ao SUS.

Após leitura dos resumos foram excluídos todos os trabalhos que abordavam temas clínicos, regulação de mercado de serviços de saúde, seguro saúde e a regulação enquanto papel do Estado, restando 53 artigos.

No segundo filtro selecionaram-se 15 estudos empíricos e 1 de opinião. Foram ainda acrescentados 3 documentos do Ministério da Saúde e 1 da Organização Panamericana da Saúde como normativas oficiais sobre o tema.

Com a sistematização dos resultados, elaborou-se um escopo de desafios colocados à regulação assistencial, conforme Quadro 1.

Os desafios identificados apresentaram a seguinte quantidade de citação na literatura: limitada oferta de consultas e exames na rede assistencial (9), precariedade da referência e contrarreferência de história clínica (8), precariedade de sistemas de informação e comunicação (8), dificuldades na organização das atividades de regulação (6), baixa utilização / inexistência de protocolos para encaminhamentos (6), significativa influência política na gestão das unidades de saúde (3) e desorganização da rede de serviços (3).

| Quadro 1. Escopo de desafios colocados à regulação assistencial, por tipo de desafio, abrangência do estudo, local do estudo, e referência da citação | | | | |
|---|-----------------|-----------------------|-----------------|---|
| Desafios | Tipo de desafio | Abrangência do estudo | Local do estudo | Referência da citação |
| 1. Limitada oferta de consultas e exames na rede assistencial. | Indireto | ESF | Brasil | Serra e Rodrigues (2010) ¹² |
| | | CEO | Brasil | Laroque, Fassa e Castilhos (2015) ¹³ |
| | | SNS | Espanha | Conill, Giovannella e Almeida (2011) ⁸ |
| | | SUS | Brasil | Albuquerque, Lima, Costa e Melo Filho (2013) ⁵ |
| | | SUS | Brasil | Ferreira, Mishima, Dos Santos, Forster e Ferraz (2010) ¹⁴ |
| | | SUS | Brasil | Gawryszewski, Oliveira e Gomes (2012) ¹⁵ |
| | | SUS | Brasil | Viegas e Pena (2013) ¹⁶ |
| | | SAMU | Brasil | O'Dwyer, Mattos (2013) ¹⁷ |
| | | SUS | Brasil | Da Silva; Da Silva; Nascimento e Damasceno (2012) ¹⁸ |
| 2. Precariedade da referência e contrarreferência. Envio (referência) e retorno (contrarreferência) de história clínica. | Indireto | ESF | Brasil | Serra e Rodrigues (2010) ¹² |
| | | SUS-SNS | Brasil-Espanha | Almeida, Gêrvas, Freire e Giovannella (2013) ¹⁰ |
| | | CEO | Brasil | Souza, Sousa Lopes, Roncalli, Medeiros-Júnior, Clara-Costa (2015) ¹⁹ |
| | | SUS | Brasil | Baduy, Feuerwerker, Zucoli, Borian (2011) ³ |
| | | SUS | Brasil | Ferreira, Mishima, Dos Santos, Forster, Ferraz (2010) ¹⁴ |
| | | SUS | Brasil | Viegas e Pena (2013) ¹⁶ |
| | | SAMU | Brasil | O'Dwyer, Mattos (2013) ¹⁷ |
| | | SUS | Brasil | Da Silva; Da Silva; Nascimento e Damasceno (2012) ¹⁸ |
| 3. Dificuldades na organização das atividades de regulação. | Direto | ESF | Brasil | Serra e Rodrigues (2010) ¹² |
| | | SUS | Brasil | Albuquerque, Moraes e Limas (2015) ⁵ |
| | | SNS | Espanha | Conill, Giovannella e Almeida (2011) ⁸ |
| | | SUS | Brasil | Contreiras, Matta (2015) ²⁰ |
| | | SUS | Brasil | Baduy, Feuerwerker, Zucoli, Borian (2011) ³ |
| | | SUS | Brasil | Da Silva, Da Silva, Nascimento e Damasceno (2012) ¹⁸ |
| 4. Baixa utilização / inexistência de protocolos para encaminhamentos. | Indireto | ESF | Brasil | Serra e Rodrigues (2010) ¹² |
| | | CEO | Brasil | Souza, Sousa Lopes, Roncalli, Medeiros-Júnior, Clara-Costa (2015) ¹⁹ |
| | | CEO | Brasil | Laroque, Fassa, e Castilhos (2015) ¹³ |
| | | SUS-SNS | Brasil-Espanha | Almeida, Gêrvas, Freire e Giovannella (2013) ¹⁰ |
| | | SUS | Brasil | Baduy, Feuerwerker, Zucoli, Borian (2011) ³ |
| | | SUS | Brasil | Ferreira, Mishima, Dos Santos, Forster, Ferraz (2010) ¹⁴ |
| 5. Precariedade de sistemas de informação e comunicação. | Direto | ESF | Brasil | Serra e Rodrigues (2010) ¹² |
| | | SNS | Espanha | Conill, Giovannella e Almeida (2011) ⁸ |
| | | SUS-SNS | Brasil-Espanha | Almeida, Gêrvas, Freire e Giovannella (2013) ¹⁰ |
| | | SUS | Brasil | Baduy, Feuerwerker, Zucoli, Borian (2011) ³ |
| | | CEO | Brasil | Machado, Werneck, Lucas e Abreu (2015) ²¹ |
| | | SUS | Brasil | Cavalcanti, Cavalcanti, Serrano e Santana (2013) ¹⁰ |
| | | CEO | Brasil | Laroque, Fassa e Castilhos (2015) ¹³ |
| | | SUS | Brasil | Da Silva, Da Silva, Nascimento e Damasceno (2012) ¹⁸ |
| 6. Significativa influência política na gestão das unidades de saúde. | Indireto | ESF | Brasil | Serra e Rodrigues (2010) ¹² |
| | | SNS | Espanha | Conill, Giovannella e Almeida (2011) ⁸ |
| | | SUS | Brasil | Gawryszewski, Oliveira e Gomes (2012) ¹⁵ |
| 7. Desorganização da rede de serviços. | Indireto | ESF | Brasil | Serra e Rodrigues (2010) ¹² |
| | | SAMU | Brasil | O'Dwyer, Mattos (2013) ¹⁷ |
| | | SUS | Brasil | Santos e Campos (2015) ¹ |

DISCUSSÃO

A *limitada oferta de consultas e exames na rede assistencial* é uma ação que está relacionada a decisões predominantemente de nível político, vinculadas ao secretário. Diz respeito a implantações / contratações de novos serviços e destratos, enquanto que a equipe da regulação assume uma responsabilidade indireta, subsidiando tecnicamente aquele nível⁵. Esse foi o desafio mais comum citado por diversos autores^{5,8,12-18}.

A *precariedade da referência e contrarreferência* tem se revelado um evento que não é exclusivo do Brasil¹⁰. Conflitos envolvendo o envio (referência) e retorno (contrarreferência) de história clínica perpassam por disputas de saberes entre especialistas e generalistas, e desorganização e desarticulação entre os níveis assistenciais^{3,10,12,14,16,19}.

As *dificuldades na organização das atividades de regulação* foram: não monitoramento das referências dos profissionais da atenção básica para a especializada; orçamento dos serviços insuficientes e não monitorados; cobertura dos serviços imprecisos e dimensionados por critérios aleatórios e desatualizados; frágil disponibilização de indicadores de resultados (contábil, gestão de material, de recursos humanos, epidemiológicos e operacionais); cumprimento de metas negligenciado; gestão financeira com dificuldades de recursos, controle, avaliação e auditoria; desregulamentação da regulação (marco legal, normas administrativas, estrutura insuficiente); fragmentação da regulação (central estadual, central municipal, SAMU); transparência inexistente ou insuficiente (publicidade de cobertura assistencial, controle e auditoria dos contratos, resultados, não previsão da participação da sociedade nas Comissões de Acompanhamento dos Convênios)^{3,5,8,12,18,20}.

A *baixa utilização / inexistência de protocolos para encaminhamentos* têm sido observada como ausência de pactuações de fluxos^{3,10,12-14} motivados por diversos fatores relacionados, entre outros, à *desorganização da rede de serviços*: a grande diversidade na nomenclatura das unidades de saúde com multiplicidade das grades de oferta, desarticulação regional de serviços; desconhecimento da estruturação e fluxo da rede assistencial; ausência de comunicação e postura colaborativa entre profissionais da rede; conflito de saberes entre

generalistas e especialistas; e desarticulação entre atenção básica e especializada^{1,12,17}.

A *precariedade de sistemas de informação e comunicação* apresentou fragilidades no gerenciamento dos referenciamentos, de demanda reprimida e do absenteísmo de consultas especializadas e exames, tais como a ausência de controles ou controles fragmentados e inconsistentes^{3,8,10-13,18}.

Tais fatores apresentam como consequência um campo aberto para *significativa influência política na gestão das unidades de saúde*, ocasionando a utilização de critérios, por exemplo, informais (patrimoniais) e corporativos para a disponibilização / obtenção de leitos de internamento^{8,12,13}.

O absenteísmo de consultas especializadas variou de 18%¹² a 41,2%¹⁰, revelando ser um evento de grande impacto para a ampliação de ofertas e merecendo destaque no gerenciamento. Parte desse absenteísmo e a baixa cobertura da atenção básica podem estar sendo responsáveis pelo acesso direto do usuário aos serviços especializados sem passar pela porta de entrada, o que contribuiria para a não diminuição da fila de espera^{15,21}.

Na última década foi implantada a maioria das centrais de regulação com sistemas computacionais de informação para a regulação do fluxo e acesso aos serviços do SUS. Entretanto apenas quatro estudos apresentaram dados desses bancos internos^{11-13,18}. Os estudos relataram dificuldade de acesso a dados sistematizados em relatórios, ocasionadas por falta de transparência, pela fragmentação em várias centrais (estadual, municipal, SAMU) em uma mesma rede assistencial, e/ou ainda pela pouca cultura avaliativa e de colaboração.

Os dados disponíveis no DATA-SUS sobre a produção ambulatorial e hospitalar, aberto ao público em geral, possuem limitações de execução de pesquisas relativas aos desafios diretos da regulação assistencial, porque não consta o fluxo do usuário nem a demanda reprimida e as agendas canceladas. Ou seja, os dados de fluxos dos agendamentos especializados (consultas, exames) são corporativos, de acesso restrito ao público, diferente do DATA-SUS.

A utilização de prontuários eletrônicos (história clínica), pode preencher essas lacunas relativas aos fluxos dos usuários, impactar positivamente em todos os desafios listados e,

ainda, possibilitar um novo banco de dados de pesquisas e de tomadas de decisões. Os fatores causais e consequentes de ausência ou incipiência do prontuário eletrônico, porém, não foram explorados nos estudos selecionados.

Contraditoriamente à maior quantidade de estudos sobre a *limitada oferta de consultas e exames na rede assistencial*, que repercutem negativamente na demanda reprimida, emerge no oposto o desafio menos abordado, o *absenteísmo de consultas especializadas e exames*, o qual poderia contribuir na ampliação da oferta, reduzindo as listas de espera.

A não estruturação das regulações assistenciais sobretudo na rede complementar, dentre outras implicações, tem levado a questionamentos dos órgãos de controle externo, sem ainda terem sido observadas alterações consequentes desses questionamentos⁵.

A fragmentação na formação das redes de serviços e o isolamento dos municípios, ocorridos no processo de municipalização de serviços sem articulação regional, prejudicou o ordenamento de fluxos de acesso e disponibilidades de ofertas compatíveis com as necessidades de uma determinada região¹, configurando também distintas regulações (municipal, estadual, SAMU) com possível sobreposição de serviços.

A integração entre atenção primária e

especializada deve ser encarada como uma medida estratégica para enfrentar diversos desafios do setor de regulação¹⁰, sobretudo por parte de secretários de saúde e seu grupo de assessoramento direto, que estão na dimensão política⁵.

Os desafios indiretos (nível mais político do que técnico) podem ser melhor enfrentados se a regulação apresentar consideráveis avanços nos desafios diretos (nível mais técnico do que político). Isso vai exigir do setor habilidades no planejamento e execução de um plano estratégico para subsidiar o nível político com maior precisão.

Isto tem colocado atribuições que extrapolam seus desafios diretos, devendo ser encarados como desafios indiretos, e, portanto, compartilhados com o nível estratégico da secretaria de saúde.

CONCLUSÃO

Os sete desafios discutidos neste artigo subsidiam uma agenda estratégica em que as gestões das regulações devem estar atentas para agir intra e inter setorialmente, buscando pactuar ações que favoreçam uma maior eficiência e eficácia da oferta de procedimentos especializados.

Estudos mistos podem colaborar para a criação de indicadores de gestão diante desses desafios.

REFERÊNCIAS

1. Santos L, Campos GWdeS. SUS Brasil: a região de saúde como caminho. *Saúde Soc.* São Paulo. 2015; 24(2):438-446.
2. OPAS. A política de regulação do Brasil. Claunara Schilling Mendonça / Afonso Teixeira dos Reis / José Carlos de Moraes (orgs.). Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2006. 116 p.: il. (Série técnica desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde; 12).
3. Baduy RS, Feuerwerker LCM, Zucoli M, Borian JT. A regulação assistencial e a produção do cuidado: um arranjo potente para qualificar a atenção. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro. 2011; 27(2):295-304.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria no 1.559, de 1 de agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 2008.
5. Albuquerque MdoSVde, Limas LP, Costa AM, Melo Filho DAde. Regulação Assistencial no Recife: possibilidades e limites na promoção do acesso. *Saúde Soc.* São Paulo. 2013; 22(1): 223-236.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488/2011, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, DF, 2011..
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. Critérios e Parâmetros para o Planejamento e Programação de Ações e Serviços de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, Ministério da Saúde, 2015. Série Parâmetros SUS – Volume 1.
8. Conill EM, Giovanella L, Almeida PF. de. Listas de espera em sistemas públicos: da expansão da oferta para um acesso oportuno? Considerações a partir do Sistema Nacional de Saúde espanhol. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2011; 16(6): 2783 – 2794.

9. Pereira AMM; Lima LDde, Machado CV, Freire, JM. Descentralização e regionalização em saúde na Espanha: trajetórias, características e condicionantes. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro. Dez 2015; 39(Especial):11-27.
10. Almeida PFde, Gérvas J, Freire J, Giovanella L. Estratégias de integração entre atenção primária à saúde e atenção especializada: paralelos entre Brasil e Espanha. *Saúde em Debate*. Rio de Janeiro. 2013; 37(98):400-415.
11. Cavalcanti RP, Cavalcanti JCM, Serrano RMSM, Santana PRde. Absenteísmo de consultas especializadas nos sistema de saúde público: relação entre causas e o processo de trabalho de equipes de saúde da família, João Pessoa – PB, Brasil. *Tempus - Actas de Saúde Coletiva*. 2013; 7(2):63-84.
12. Serra CG, Rodrigues PHdeA. Avaliação da Referência e contrarreferência no Programa Saúde da Família na Região Metropolitana do Rio de Janeiro (RJ, Brasil). *Ciência & Saúde Coletiva*. 2010; 15 (supl.3):3579-3586.
13. Laroque MB, Fassa AG, Castilhos EDde. Avaliação da atenção secundária em saúde bucal do Centro de Especialidades Odontológicas de Pelotas, Rio Grande do Sul, 2012-2013 *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. 2015; 24(3):421 – 430.
14. Ferreira JBB, Mishima SM, Santos JSdos, Forster AC, Ferraz CA. O complexo regulador da assistência a saúde na perspectiva de seus sujeitos operadores/EI complejo regulador de la asistencia a la salud en la perspectiva de sus sujetos operadores. *Interface: Comunicação Saúde Educação*. 2010; 14(33):345(14).
15. Gawryszewski ARB, Oliveira DC, Gomes AMT. Acesso ao SUS: representações e práticas de profissionais desenvolvidas nas Centrais de Regulação. *Access to SUS: representations and practices of professionals developed in Regulation Centers*. *PHYSIS*. 2012; 22(1):119-140.
16. Viegas SMDaF, Penna CMDeM. O SUS é universal, mas vivemos de cotas. *Ciência & Saúde Coletiva*. Jan. 2013; 18(1):181-190.
17. O'Dwyer G, Mattos RA. Cuidado integral e atenção às urgências: o serviço de atendimento móvel de urgência do estado do Rio de Janeiro *Integral care and attention to emergency: the mobile emergency care service in the state of Rio de Janeiro*. *Saúde e Sociedade*. 2013; 22(1):199-210.
18. Da Silva MJ, DA Silva, LMS, DO Nascimento AAM, Damasceno AKC. Avaliação do Acesso em Saúde na 2ª Microrregião de Saúde, CE. *Saúde e Sociedade*. 2012 21:107-116.
19. Souza GC, Sousa Lopes MLD, Roncalli NG, Medeiros-Júnior A, Clara-Costa IDC. [Reference and counter-reference in oral health: regulation of access to specialized dental care centers]. *Rev. Salud Publica (Bogotá)*. 2015; 17 (3):416-428.
20. Contreiras H, Matta GC. Privatização da gestão do sistema municipal de saúde por meio de Organizações Sociais na cidade de São Paulo, Brasil: caracterização e análise da regulação *Cadernos de Saúde Pública*. 2015; 31(2):285 – 297.
21. Machado AT, Werneck MAF, Lucas SD, Abreu MHNG. Quem não compareceu? Ausências às primeiras consultas odontológicas na atenção secundária em um município brasileiro de grande porte: um estudo transversal. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2015; 20(1):289(10).

Correspondência

Ronald Pereira Cavalcanti
Endereço: Rua João Barbalho, 121, apt. 401, Casa Amarela.
Recife – Pernambuco – Brasil.
CEP 52070-090.
E-mail: ronaldpcavalcanti@yahoo.com.br
